

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° **291**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 25 Juillet 1892, à 1 heure

PAR A. GOURAUD,

Né à Saint-Hilaire (Vendée), le 22 avril 1865
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes.

DE LA CURE RADICALE
DE CERTAINS

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

Par la Résection suivie de suture

Président : M. FARABEUF.

Juges : MM. { PINARD, professeur.
 { SEGOND et RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

291

DE LA CURE RADICALE
DE CERTAINS
RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÊTRE
PAR LA RÉSECTION SUIVIE DE SUTURE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0060

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° . . .

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 25 Juillet 1892, à 1 heure

PAR A. GOURAUD,

Né à Saint-Hilaire (Vendée), le 22 avril 1865
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes.

DE LA CURE RADICALE
DE CERTAINS

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

Par la Résection suivie de suture.

Président : M. FARABEUF.

Juges : MM. { PINARD, professeur.
 SEGOND et RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DoyenM.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAX.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	{ LE DENTU.
	{ GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. REGNAULD, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A. GOURAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FARABEUF

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD

Ex-Interne des Hôpitaux de Paris

A MES MAÎTRES :

MESSIEURS LES PROFESSEURS

à l'Ecole de Médecine de Nantes

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

des Hôpitaux de Nantes

A. GOURAUD.

INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'internat, nous avons dans le service de notre maître M. le professeur Heurtaux, un malade atteint de rétrécissement traumatique de l'urètre. On fit à ce malade une opération consistant à exciser toute la partie étroite de son canal et à réunir les deux bouts par des points de suture. Quelques semaines auparavant, un cas identique s'était présenté dans le service de M. le professeur Joüon, un malade rétréci avait également subi la résection urétrale avec suture. Nous avons été vivement frappé de la facilité de cette opération, de sa bénignité et surtout de ses résultats.

Ce genre d'intervention dans les rétrécissements de l'urètre était nouveau pour nous; nous n'avions pas souvenir de l'avoir vu décrit dans les auteurs classiques. Dans les traités de chirurgie, on ne le trouve point à côté des grandes méthodes thérapeutiques employées en pareil cas. Si on en parle, et ce n'est pas fréquent, ce n'est que dans un chapitre à part et très écourté.

Cependant à nous en rapporter aux deux observations que nous avons pu recueillir, les anciens procédés seraient loin de valoir celui que nous avons vu employer.

Dans la plupart des observations que nous joindrons à celles qui ont été le point de départ de notre thèse, nous verrons des rétrécis traités successivement par les diverses méthodes jusqu'ici en faveur; nous verrons que ces méthodes ont été tout au plus palliatives, mais que jamais elles

n'ont été suivies de guérison durable. Celle-ci, au contraire, semble s'être maintenue après la résection. En un mot, nous avons cru qu'il y avait là une opération méritant le nom de cure radicale.

C'est à M. le docteur Vignard que nous devons d'avoir traité ce sujet. Nous avons largement mis à contribution sa science chirurgicale ainsi que sa parfaite connaissance des langues allemande et anglaise : Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner notre vive gratitude.

Nous remercions vivement M. le professeur Farabœuf de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Thérapeutique comparée des rétrécissements de l'urètre.

Les méthodes thérapeutiques les plus employées actuellement contre les rétrécissements de l'urètre, sont au nombre de quatre : la dilatation, la divulsion, les urétrotomies et l'électrolyse.

La dilatation est la plus importante, on l'emploie seule ou précédée des autres procédés qui ne pourraient rien sans elle. Bien des reproches lui ont été faits, d'abord elle n'est que palliative, puis elle est souvent d'une lenteur désespérante. Le patient qui en veut user doit avoir la perspective d'un cathétérisme perpétuel. M. le professeur Lefort avait voulu remédier à la lenteur de cette méthode par la dilatation rapide, qui, en quelques séances, permet de passer dans le canal, des instruments de gros calibres. Son procédé jouit d'une certaine faveur, mais les objections ne lui ont pas manqué. M. le professeur Guyon, en particulier, en a fait la critique. Il pense que cette distension exagérée de l'urètre ne se produit pas sans faire éclater la muqueuse et causer des cicatrices rétractiles. La dilatation a encore de plus sérieux arguments contre elle, nous voulons parler de l'infection des voies urinaires si bien décrite par M. Guyon.

Souvent, en effet, c'est au malade qu'il faut confier le

traitement, les précautions antiseptiques seront vite mises de côté et l'infection ne tardera pas. Ou bien le patient n'aura pas cette persévérance sans laquelle en fait de dilatation rien n'est possible. D'autre part, quels sont les résultats de la dilatation, même bien faite? Azéma (1) qui a fait un consciencieux relevé de tous les rétrécis dilatés dans le service de M. Guyon à Necker, nous dit, avec plusieurs centaines de cas à l'appui, que la récurrence est fatale. Elle sera plus ou moins tardive, suivant la nature du rétrécissement, du procédé de dilatation et des soins apportés au cathétérisme, mais elle est fatale.

Malgré ces inconvénients, la dilatation restera toujours une méthode fort utile qui gardera ses indications ; en tous cas, elle est plus rationnelle que les sections faites par les urétrotomes ou les déchirures du divulseur.

On crée, en effet, de la sorte, des plaies nouvelles qui ne font qu'activer les propriétés rétractiles des tissus cicatriciels. La divulsion surtout qui consiste à faire éclater le rétrécissement, c'est-à-dire à créer artificiellement une rupture de l'urètre, nous paraît un remède pis que le mal. Nous ne croyons pas, d'ailleurs, qu'elle ait encore des partisans.

L'électrolyse a subi des variations nombreuses. Aujourd'hui, bien que très perfectionnée par ses adeptes, elle ne jouit guère de l'estime des chirurgiens ; on s'est défié, à juste titre, de cette escharre dite *non retractile*.

Keyes, Tédénat, et Lavaux, ont publié des récurrences nombreuses dans leurs thèses.

Ainsi, avec les quatre méthodes que nous venons de

(1) Azéma. Thèse de Paris, 1890.

voir, la récidence du rétrécissement est fatale, quoiqu'on fasse. « Il n'existe pas de traitement radical des rétrécissements de l'urètre », dit M. Kirmisson. (Diction-Dechambre).

L'opération que nous avons vue faire semble bien préférable, elle supprime le tissu cicatriciel, cause première du rétrécissement, puis par la suture qui suit, rétablit la continuité d'un canal redevenu sain dans toute son étendue. S'il est prouvé que cette excision du tissu pathologique est possible, qu'est possible aussi la réunion exacte des extrémités de l'urètre réséqué, on pourra affirmer que la cure radicale des rétrécissements est découverte. Cette opération telle que nous la comprenons, ne sera point applicable à tous les cas, elle sera impossible dans certains rétrécissements multiples de nature inflammatoire, d'autre part elle sera inutile dans des cas légers où la stricture de faible intensité ne nécessitera qu'un cathétérisme facile et peu fréquent.

CHAPITRE II

Historique de l'urétrectomie.

Nous avons dit que le traitement des rétrécissements de l'urètre par la résection n'occupe qu'une faible place dans les auteurs classiques, il ne s'agit point cependant d'une opération absolument récente. Nous voyons en effet, dans la thèse de Parisot (1) que des tentatives d'excision furent faites aussitôt que l'urétrotomie externe eut été mise en pratique. Ce ne fut guère toutefois qu'après les communications de Bourguet d'Aix et surtout de Daniel Mollière de Lyon, que la résection de l'urètre fut érigée en méthode. On peut encore citer avant ces deux chirurgiens, une tentative intéressante de J. Roux (2) qui, après avoir pratiqué l'excision d'un rétrécissement, eut l'idée de réunir la plaie par des serres fines et put ainsi obtenir une réunion par première intention. La communication que fit Bourguet à l'Académie de médecine en 1861 (3) fut mal accueillie, le rapporteur Gosselin malmena fort l'auteur. La résection de l'urètre paraissait oubliée lorsqu'on la vit renaître avec un nouvel éclat, grâce à Daniel Mollière, l'illustre chirurgien de Lyon. En quelques années, il sut porter la méthode à un

(1) Thèse de Lyon, 1884.

(2) J. Roux, *Gaz. Hôpitaux*, 1859.

(3) *Acad. méd.*, 1861.

haut degré de perfection. Ses observations sont relatées dans la thèse de son élève Parizot, 1884 ; mais l'urétrectomie ne sortit guère de Lyon ; là, du moins, nous dit le professeur Poncet, elle devint une opération courante.

En Allemagne, la résection de l'urètre jouit de suite d'une grande faveur. Pendant l'année 1882, Stricker (4) publie les observations du professeur Kœnig, Hœgler (5) fit paraître un mémoire très intéressant, contenant, à côté d'observations cliniques prises dans le service du professeur Socin, des expériences nombreuses sur des chiens. Heusner (1) avait publié, quelques années auparavant, un cas très net que nous avons traduit. En Angleterre nous trouvons, dès 1881, une observation publiée par Mayo Robson (2).

En France, quelques faits isolés sont publiés après les travaux de Daniel Mollière, ce sont d'abord, en 1887, les deux cas de Loquin (3), puis celui d'Horteloup en 1890 (4), enfin celui de M. le professeur Guyon, en 1891 (5). Aujourd'hui la résection semble se généraliser. Le dernier congrès de chirurgie a vu deux communications importantes faites sur ce sujet, l'une de M. le professeur Guyon, l'autre de M. Albarran (6). Citons enfin M. Jolion et M. Heurtaux, de Nantes, dont nous publierons in extenso les deux observa-

(1) Stricker, Zeitschrift für chir.

(2) Hœgler.

(3) Heusner. Berliner Klinische wochenschrift, 30 mai 1887.

(4) Robson. Bristish medical journal march, 1885.

(5) Loquin. Soc. chirurgic., 1887.

(6) Horteloup. Ac. méd., 1890.

(7) Guyon. Gaz. méd., 1891.

(8) Guyon. Albarran. Ann. des org. génito-urinaire, mai 1892.

tions, puis M. Vignard (7), qui vient de publier un mémoire très intéressant sur la résection de l'urètre dans les rétrécissements traumatiques.

(7) E. Vignard. Archives provinciales de chirurgie. M. Vignard a eu l'extrême obligeance de nous communiquer son mémoire avant de l'éditer, nous y avons fait de larges emprunts.

CHAPITRE III

Indications de la résection de l'urètre

Il importe de bien établir les indications de la résection de l'urètre, jusqu'ici ces indications sont restées un peu vagues. La plupart des opérateurs se sont contenté de faire remarquer que les rétrécissements traumatiques surtout sont justifiables de ce genre d'intervention. La raison vraie pour laquelle, la plupart du temps, ils ont été conduits à la pratiquer, c'est que leur malade avait déjà essayé de tout sans aucun succès et que son état réclamait une intervention immédiate. Nous croyons qu'il existe un bon nombre de cas dans lesquels la résection est indiquée comme opération de choix et non comme une mesure de pis aller, qu'alors elle doit être faite d'emblée sans essai d'aucune autre espèce. C'est ce que nous avons vu nettement dans le cas de M. Heurtaux où rien n'avait été tenté précédemment. On trouve alors des urètres et des périnées atteints de lésions relativement simples et l'opération en est beaucoup facilitée.

D'ordinaire les rétrécissements traumatiques sont uniques, peu étendus, bien circonscrits, autant de circonstances qui rendent faciles et la dissection du nodus cicatriciel et l'affrontement des deux bouts de l'urètre réséqué. Mais nous verrons que les rétrécissements inflammatoires

présentent assez souvent des caractères analogues et doivent bénéficier alors de la résection.

Les rétrécissements de l'urètre quelque soit leur origine peuvent être divisés en 4 groupes :

*1° Rétrécissements limités, infranchissables
ou indilatables.*

Ce premier groupe comprendra surtout des rétrécissements d'origine traumatique. La sténose urétrale s'est formée rapidement, quelques semaines après l'accident elle était déjà très serrée, le canal devenu infranchissable aux plus fins instruments (observation Heurtaux-Vignard).

Quand nous disons que le rétrécissement est infranchissable, nous n'entendons point trancher cette vieille question de savoir si un canal peut, au sens absolu du mot, cesser d'être perméable ; nous voulons seulement dire que dans certains cas et cela surtout à la suite de rupture traumatique, l'urètre peut avoir une lumière telle que le cathétérisme en devient impossible ou dangereux. Ce rétrécissement est grave immédiatement, les accidents de la rétention vont éclater très prochainement, avec l'infiltration urineuse se formeront des abcès suivis de fistules interminables. Il faut donc lever l'obstacle dans le plus bref délai. Ce rétrécissement est bien le type de ceux auxquels convient la résection.

Que peut-on faire pour le malade avec les anciennes méthodes. Si le canal est infranchissable, une seule reste applicable : l'urétrotomie externe, c'est-à-dire qu'on va diviser, par la voie périnéale, le nodus cicatriciel, puis on s'opposera à son resserrement ultérieur par le cathétérisme. Peut-on bien compter qu'il en sera ainsi ?

Evidemment le résultat immédiat est assez encourageant, on réussit bien à lever l'obstacle et à éloigner pour quelques jours les accidents, mais ce canal va-t-il garder le calibre qu'on vient de lui donner ? Bien des faits prouvent le contraire. On voit souvent des rétrécis qui ont subi opérations sur opérations, qui sont obligés de se dilater constamment et dont le canal, malgré tout, a une tendance invincible à se resserrer. L'observation d'Heusner en est un bel exemple. M. le professeur Guyon nous en a donné la raison quand il a dit : « qu'une incision intéressant des tissus fibreux et indurés se répare au moyen d'une cicatrice elle-même fatalement rétractile. »

Ainsi, pour obtenir quelque avantage de l'urétrotomie externe, il faut que la section porte non sur le tissu cicatriciel lui-même, mais sur une portion saine du canal ; or, dans le rétrécissement traumatique ou bien la sténose est formée par un anneau cicatriciel complet, ou bien ce tissu cicatriciel n'existe que sur la paroi intérieure du canal, dans l'un et l'autre cas, la section faite par la voie périnéale ne pourra porter sur une partie saine ; donc, si l'assertion de M. Guyon est vraie, dans aucun cas on ne peut espérer avoir une cure radicale.

Si le rétrécissement est perméable mais seulement indilatable et tel est bien le caractère des rétrécissements traumatiques qui opposent à la dilatation une résistance invincible, cette dilatation ne sera possible que si elle est précédée de l'urétrotomie interne. Mais dans ce cas, il faudra compter avec la rétractilité de la section faite au point sténosé. En effet, dans le rétrécissement traumatique, l'anneau induré est complet ; bien que la

rupture n'ait pas été totale, le tissu cicatriciel gagne bientôt tout le pourtour du canal (Thompsen).

Ainsi la lame de l'urétrotome va forcément porter son incision en plein tissu pathologique, nous avons vu que dans ce cas, la récurrence est forcée. Il n'en serait pas ainsi dans un rétrécissement blennorrhagique où on peut espérer que la circonférence entière du canal n'est pas atteinte. la dilatation serait alors possible grâce à la section faite dans une partie saine, dans ce cas, en effet, la cicatrice ne serait pas aussi rétractile.

Les deux urétrotomies sont donc des méthodes thérapeutiques bien illusoires, dans aucun cas, elles n'ont donné de guérison définitive.

Même pour en obtenir de minces avantages, il faudra les répéter souvent et condamner le rétréci à un sondage perpétuel.

Tout autre est la résection de l'urètre, elle n'est plus le premier temps de la dilatation dont elle n'a pas besoin, elle est une opération radicale qui supprime la partie malade, puis se complète par la réunion immédiate des deux bouts du canal. Si nous prouvons que l'ablation totale du segment rétréci est possible et que l'abouchement des deux extrémités saines du canal peut être pratiqué, nous aurons prouvé que nous possédons une cure radicale. Or, ce résultat a été démontré dans maintes circonstances comme en font foi les observations jointes à ce travail, le cas d'Horteloup où, 6 ans 1/2 après l'opération, le canal avait conservé son calibre, les cas d'Heusner, de Mayo Robson, d'Heurtaux, de Joüon, où, six mois et plus après l'excision, le résultat n'avait pas varié. Faisons remarquer

que dans ces différentes circonstances, la dilatation n'a pas été faite. Nous ajouterons même que la récurrence ne paraît pas probable, puisque le nodus cicatriciel a été enlevé tout entier, que d'autre part, la réunion s'est faite par première intention. La plaie suturée du canal ne peut pas non plus donner de récurrence, le cal cicatriciel, s'il eut dû produire de la sténose, il l'eut fait depuis longtemps. D'ailleurs, nous savons ce que devient cette suture de l'urètre, une autopsie d'Heusner nous l'a appris. Cet auteur raconte en effet qu'un malade réséqué et suturé par lui, mourut deux ans et demi plus tard, de pyélo-néphrite. A l'ouverture de son canal, on ne trouva, au lieu de la résection, qu'une cicatrice fine et linéaire. Hagler a fait à ce sujet des expériences très intéressantes, ayant réséqué et suturé des chiens rétrécis artificiellement par un traumatisme, il les sacrifia au bout de quelques mois et ne trouva toujours sur leur canal que cette même cicatrice fine et linéaire.

Notre deuxième argument en faveur de la résection sera sa facilité dans les cas de rétrécissements traumatiques.

Ces rétrécissements sont très limités, ils n'ont guère que un à trois cent. d'étendue, il sera facile d'enlever en totalité le tissu pathologique. Cette extirpation n'a jamais été plus difficile que l'urétrotomie externe.

Non seulement la faible étendue des rétrécissements traumatiques rend leur dissection facile mais elle rend aussi très simple l'affrontement des deux bouts du canal.

Si on a pris des précautions antiseptiques, la suture permettra une réunion par première intention, la continuité du canal sera rétablie en même temps que son intégrité.

2° Rétrécissements indilatables ou infranchissables mais très étendus.

Ces rétrécissements auront pour origine une rupture complète de l'urètre, suivie d'un écartement considérable des deux bouts.

L'espace ainsi formé va se combler par des tissus fibreux de nature rétractile. Peu de temps après, le canal présentera un rétrécissement variable suivant l'étendue de l'écartement qui suivra la rupture.

Ce genre de rétrécissement qui n'est pas rare aujourd'hui, tendra à disparaître dans un avenir prochain. Un certain nombre de chirurgiens pensent en effet que dans ces cas de rupture totale on peut et on a avantage à tenter la réunion immédiate en pratiquant le rapprochement des deux extrémités par la suture urétrale ou juxta urétrale, ainsi ont fait Mollière et Poncet de Lyon, Lucas-Championnière, Socin, Hœgler et plusieurs autres chirurgiens allemands.

Cette question est cependant encore très discutée, on a surtout objecté que la suture ne tenait pas toujours. Mais puisque dans le cas de rupture totale de l'urètre on est presque toujours obligé de faire l'incision périnéale pour parer aux dangers immédiats de la rétention et de l'infiltration, nous ne voyons pas pourquoi on hésiterait à tenter la suture. Dût-elle manquer en partie qu'elle aurait encore l'avantage de restreindre la perte de substance subie par le canal. Si ce résultat que des faits nombreux sont déjà venus prouver se confirme on peut espérer de voir les rétrécissements traumatiques étendus devenir rares et rentrer dans la classe précédente. Toujours est-il qu'à l'heure actuelle,

on se trouve de temps à autre en présence de ces sténoses étendues, souvent indilatables, parfois même infranchissables. De plus elles ne tardent pas à se compliquer d'altérations du périnée. Celui-ci perd sa souplesse, est traversé de fistules avec des clapiers, la région toute entière se transforme en un tissu calleux.

Dans ces cas on fait depuis longtemps déjà des interventions qui consistent à réséquer tous les tissus indurés, à extirper les trajets fistuleux, ainsi que l'urètre lui-même. Celui-ci est le plus souvent adhérent aux parties voisines, on l'en isole difficilement, la brèche ainsi créée ne permet guère d'ajuster les deux bouts du canal pour les suturer.

On en est réduit après une extirpation laborieuse, à combler la perte de substance avec les parties saines qu'on peut emprunter au périnée. On place une sonde à demeure et on laisse bourgeonner la plaie autour du canal ainsi formé. Ce procédé a souvent donné d'assez bons résultats, mais il doit être complété par une dilatation prolongée. On a fait alors de l'excision avec restauration urétropérinéale. M. Guyon est souvent parvenu, dans des cas lamentables, à reconstituer par cette méthode des urètres très suffisants. Mais ce n'est plus de la résection de l'urètre proprement dite. Nous laisserons donc de côté cette classe de rétrécissements, que la suture immédiate après la rupture, fera de plus en plus rares quand elle sera entrée dans nos mœurs chirurgicales.

3° Rétrécissements limités et dilatables.

Cette condition des rétrécissements ne préjuge pas de

leur origine, ils seront tantôt de nature inflammatoire, tantôt de nature cicatricielle.

La question de la résection se posera d'une façon différente suivant le degré de dilatabilité, mais aussi suivant le genre de malades auxquels on aura affaire. Si le rétrécissement est très facilement dilatable et n'a pas de tendances à se resserrer de telle sorte qu'un cathétérisme répété seulement tous les mois puisse conserver un canal suffisant; si d'autre part le malade est intelligent et soigneux, on peut très bien lui apprendre à se sonder avec un cathéter métallique dont l'asepsie sera facile. Dans ce cas la dilatation constituera une méthode très acceptable. Il n'en sera plus de même avec un malade négligent ou maladroit. Il faudra redouter pour lui, l'infection urinaire avec son cortège d'accidents, les fausses routes et aussi la récurrence due à la négligence.

Avec un semblable malade il vaudra mieux pratiquer l'urethrectomie qui, dans le cas supposé sera remarquablement facile. Dans une deuxième hypothèse, le rétrécissement bien que dilatable ne le sera pas très facilement, ce n'est plus un cathétérisme mensuel qui suffira mais un cathétérisme répété une ou plusieurs fois chaque semaine, la moindre négligence faisant perdre tout le bénéfice acquis. Il en est surtout ainsi chez les rétrécis par un traumatisme. Et bien alors on est en droit de proposer au malade de le débarrasser de son rétrécissement, quelque soit la vigilance sur laquelle on puisse compter. En effet aux dangers de ce cathétérisme nécessairement confié au patient vient s'ajouter l'ennui d'un sondage perpétuel, véritable obsession qui a conduit plus d'une fois les rétrécis à l'hypochondrie.

4° Rétrécissements multiples.

Ce groupe ne contient guère que des anciens blemorrhagiens, ajoutons que ce sont les plus fréquents dans la pratique.

Il ne s'agit plus ici d'aller réséquer tous les points rétrécis. L'uréthrectomie pourra cependant y trouver parfois des indications. Supposons en effet que tous ces points rétrécis soient dilatables à l'exception d'un seul. Celui-ci sera plus serré, sa nature pourra être mixte, il pourra provenir d'un menu trauma chez un blemorrhagien, être scléro-cicatriciel. Si ce rétrécissement plus rebelle que les autres à la dilatation est très limité, bien isolé, s'il ne fait pas partie d'un de ces chapelets qu'on trouve assez souvent dans les rétrécissements inflammatoires, il sera bien indiqué d'ententer l'excision, d'autant plus qu'en s'en débarrassant on rend plus facile la dilatation des autres points rétrécis. Si tous les rétrécissements sont dilatables, si surtout ils se suivent de très près, sans limites précises, la dilatation sera la seule méthode thérapeutique rationnelle.

En résumé le cas le plus favorable, le cas type justifiable de l'uréthrectomie sera toujours celui d'un rétrécissement unique, peu étendu, facilement limitable. Ce cas bien qu'il puisse succéder à une blemorrhagie sera le plus souvent consécutif à une rupture incomplète du canal, causée elle-même par une chute à califourchon sur le périnée. Dans ce cas non seulement il sera permis de débarrasser le malade de son rétrécissement mais on devra encore par une suture des deux bouts de l'urètre tenter de rétablir la continuité

du canal. Au contraire dans les rétrécissements étendus avec altérations graves du périnée la suture n'est pas possible, on ne peut que refaire un canal artificiel par une restauration dont la périnée fera tous les frais et à la faveur du bourgeonnement de la plaie. De même quand on sera en présence d'un canal à sténoses multiples on devra se contenter d'une opération incomplète, réséquer le principal rétrécissement, l'excision ne sera plus dans ce cas qu'un adjuvant à la méthode générale de la dilatation.

CHAPITRE IV

Manuel opératoire

Le manuel opératoire variera un peu avec les différents cas, chaque opérateur s'est d'ailleurs créé une façon de faire un peu spéciale.

Ici nous prendrons comme type le rétrécissement nodulaire, résultat d'un traumatisme. Nous supposerons ce rétrécissement peu étendu, avec un périnée intact ou troué seulement d'une légère fistule qui s'est produite quelque temps après la rupture. Nous allons décrire simplement l'opération que nous avons vu notre maître M. Hurtaux pratiquer dans le cas de l'observation n° XII.

Pendant les jours qui précèdent l'opération, le malade aura été soigneusement examiné au point de vue de l'asepsie de ses organes génito-urinaires. Si les urines révèlent de l'infection, il faudra commencer par antiseptiser avec soin l'urètre et la vessie. On le fera avec les diverses solutions antiseptiques et notamment avec une solution de nitrate d'argent au 500° ou au 1000°.

L'état de pureté des organes génito-urinaires joue en effet un rôle énorme dans le succès de la suture urétrale.

Le malade est placé dans la position de la taille périnéale, la verge et le serotum relevés par un aide, on procède à l'asepsie du champ opératoire. On s'assure de la situation exacte qu'occupe le nodus cicatriciel, ce qui est

toujours facile, car on sent nettement l'induration à travers les plans superficiels.

S'il y avait un peu d'hésitation sur la position de l'urètre et de son nodus, on la fixerait en introduisant dans le canal le conducteur de Syme. Puis on pratique sur le raphé médian une incision commençant deux centimètres en avant du nodus, pour se terminer un peu au-delà de sa limite postérieure. Les parties molles sont incisées couche par couche jusqu'au canal. On touche de nouveau le point rétréci, si la direction de l'urètre n'est pas absolument nette dans l'esprit de l'opérateur, le cathéter renseignera, d'ordinaire, il n'y a aucune hésitation à ce sujet.

On procède alors à la dissection du nodus cicatriciel, après avoir libéré le canal sur ses flancs, on pratique deux incisions perpendiculaires à sa lumière, l'une en avant, l'autre en arrière, de façon à enlever largement tout ce qui est induré. C'est à cette condition seulement que l'opération sera complète et la récurrence évitée. Nous dirons plus loin si la résection doit être circonférentielle ou ne comprendre qu'un secteur du canal. Cette dissection se fait au bistouri ou aux ciseaux. On enlève la portion détachée et on procède à l'hémostase. Celle-ci est facile d'ordinaire, on la pratique soit avec des pinces à forcipressure s'il y a des jets artériels, soit par la compression ou l'irrigation continue chaude, si l'hémorragie se fait en nappe, ce qui est l'ordinaire. L'hémorragie arrêtée, le chirurgien passe au deuxième temps, la suture. Pour cela, il va d'abord à la recherche des deux bouts du canal divisé. Cette recherche n'offre aucune espèce de difficulté dans la majorité des cas.

Le bout postérieur apparaît bientôt dans l'angle posté-

rieur de la plaie, grâce à la section transversale qui montre sa lumière béante. C'est d'ailleurs le point le plus saignant de cette partie de la plaie, cela suffirait seul à le faire découvrir. Si toutefois on n'y arrivait pas, on pourrait chercher à faire sourdre quelques gouttes d'urine, en pressant sur la vessie ou bien encore en réveillant le malade et en l'engageant à faire des efforts de miction.

Ces manœuvres qui sont souvent nécessaires dans l'urétrotomie externe, sont la plupart du temps inutiles dans l'excision. Nous avons dit déjà pourquoi la recherche du bout postérieur est plus facile dans cette opération que dans l'urétrotomie externe.

Pour éviter les difficultés de la recherche du canal après la résection, nous avons vu M. Hurtanx passer les premiers fils de sa suture, avant de détacher le modus cicatriciel.

Quant au bout antérieur, le cathéter le fera facilement trouver lorsqu'il ne sera pas visible d'emblée.

Avant de procéder à la suture elle-même, on doit s'assurer que le rapprochement des deux extrémités est possible. S'il n'était pas suffisant, on le faciliterait en libérant le canal des tissus voisins par une légère dissection. D'ordinaire il n'y a aucune difficulté à opérer ce rapprochement, grâce à l'élasticité de l'urètre.

Vient maintenant le temps important de la suture. On fait d'abord la réunion de la partie supérieure. Une question importante se pose ici, la suture doit-elle être sous-muqueuse ou bien peut-elle comprendre toute l'épaisseur de la paroi. Nous en reparlerons plus loin, disons seulement que cette dernière façon de faire est plus facile, mais qu'elle

expose à l'infection des fils et de la plaie. La partie supérieure du canal étant réunie par 2 ou 3 points de suture, on passe une sonde de Nélaton assez grosse 20 ou 22, aussi aseptique que possible. Cette sonde aura pour but non seulement d'assurer le passage de l'urine, qui est déjà garanti par l'opération, mais d'empêcher le contract d'une urine plus ou moins pure avec la plaie urétrale ou périnéale. Enfin, sur la sonde à demeure on termine la suture urétrale par plusieurs points à la partie inférieure. Reste la plaie périnéale, on la comble en réunissant les parties molles par étages. On draine si on n'est pas absolument sur de son asepsie, on peut s'en dispenser dans le cas contraire.

CHAPITRE V

Discussion du manuel opératoire

Nous venons d'esquisser rapidement les différents temps de l'urétréctomie, telle qu'on la fait généralement. Il est peut-être utile de revenir sur quelques particularités opératoires encore très discutées. La discussion porte à la fois sur la résection elle-même et sur la suture. La résection est à peu près admise par tous les chirurgiens ; mais alors que quelques uns affirment qu'elle doit toujours être annulaire, totale ; d'autres pensent qu'elle peut n'être que partielle, limitée à la paroi inférieure du canal. La vérité nous paraît se trouver entre ces deux opinions extrêmes.

Dans quelques cas, l'excision sera partielle, ce sera lorsque la paroi supérieure sera indemne, lorsque le toucher n'y révélera pas la moindre induration ; on peut alors ne réséquer que la paroi inférieure, comme le conseille M. Guyon ; le procédé opératoire en sera simplifié, les deux bouts de l'urètre n'auront pas la même facilité à s'écarter, l'avantage sera surtout appréciable pour les chirurgiens, qui repoussent systématiquement la suture de l'urètre après la résection.

Cependant, nous croyons qu'il y a là un danger ; ce serait de laisser passer inaperçu une induration cicatricielle peu marquée à la paroi supérieure, induration impercepti-

ble au toucher, mais réelle et capable de s'accentuer dans la suite. Dans le cas de M. Heurtaux, le traumatisme avait été léger, les accidents consécutifs immédiats peu intenses, tout était donc en faveur d'une rupture incomplète; au cours de l'opération, on ne sentait d'induration que sur une portion limitée de la circonférence de l'urètre, M. Heurtaux n'en fit pas moins l'excision totale. L'examen histologique du nodus cicatriciel que fit ensuite M. Vignaud et qu'il eut l'obligeance de nous montrer, prouva que la paroi supérieure n'était plus saine; on y voyait du tissu cicatriciel sur une étendue de 3 à 4 millimètres, alors que la paroi inférieure en présentait plus d'un centimètre. En résumé, toutes les fois que l'induration sera sentie sur tout le pourtour du canal, il faudra faire une résection totale; lorsque le nodus paraîtra limité, on pourra encore faire l'excision de tout le pourtour du canal, si on doit la faire suivre de suture, ou bien se contenter d'une excision partielle, si on doit s'en abstenir. Mais on n'aura vraiment fait une opération complète donnant toute assurance contre la récurrence que lorsqu'un anneau d'urètre dépassant en longueur le tissu pathologique, aura été enlevé.

Nous venons de dire que certains opérateurs s'abstiennent de faire la suture urétrale après l'urétréctomie. La suture paraît bien cependant devoir être le corollaire naturel de l'excision. Si on ne suture pas l'urètre à lui-même la perte de substance qu'on lui a fait subir va se combler par bourgeonnement, le malade va de nouveau courir les risques d'une cicatrisation difforme avec sténose consécutive. Parmi les objections faites à la suture, deux seulement paraissent sérieuses, on l'accuse d'être difficile à

exécuter et de ne pas tenir. La suture, dit-on, est difficile, ce ne peut être qu'une opération d'exception, accessibles seulement aux plus habiles. Nous n'avons pas d'expérience personnelle à opposer, mais les deux sutures que nous avons vu faire ne nous ont pas paru aussi difficiles, et cependant, il s'agissait d'une première tentative.

Dans la grande majorité des cas, l'excision du nodus cicatriciel n'enlève que 2 à 3 centimètres au plus de longueur à l'urètre, l'élasticité dont joint cet organe, permet d'en rapprocher les extrémités sans aucune espèce de difficulté ; dans tous les cas, on peut encore faciliter ce rapprochement en mobilisant ces extrémités sur les tissus adjacents.

Il est évident que si on a réséqué sur le canal une longueur de 5 à 6 centimètres, si le périnée est traversé de fistules, infiltré de callosités au milieu desquelles l'urètre est englobé, la perte de substance qu'il subira sera exagérée, la suture deviendra impossible.

On s'adressera, en ce cas, à l'urétro-périnéorrhaphie. Dans quelque cas où la suture sera impossible, mais en partie seulement, on pourra imiter la conduite de Wahl. Ce chirurgien, son excision urétrale terminée, avait un canal dont les extrémités étaient distantes de 3 centimètres 1/2, il tenta de les rapprocher, il n'y réussit qu'en partie ; il restait, après la suture, un petit orifice triangulaire de 3 millimètres de côté ; il compléta la fermeture avec les parties molles juxta urétrales ; aucune goutte d'urine ne sortit jamais par le périnée. C'est aussi dans des cas analogues où la muqueuse urétrale manque dans une certaine étendue, que Keyess conseille de transplanter un lambeau de muqueuse prise ailleurs.

On a dit aussi que la réunion, par première intension, se faisait rarement, après la suture urétrale. Duplay et Reclus, dans le nouveau traité de chirurgie, affirment que d'après les observations publiées, elle manque dans la moitié des cas. Il y a là une rectification à faire, l'assertion des auteurs que nous venons de citer vient de ce que les opérateurs racontent assez souvent dans leurs observations, que dans les jours qui ont suivi l'opération, un peu d'urine a coulé par le périnée. Il ne s'ensuit nullement que dans tous ces cas, la suture n'ait pas tenu ; cela prouve tout au plus que la réunion, par première intension, n'a pas été totale. Des faits nous donnent d'ailleurs l'explication de ce qui se passe dans ce cas. Ce sont les expériences d'Hagler. Cet expérimentateur, après avoir réséqué et suturé le canal de chiens rétrécis artificiellement, avait observé que de l'urine s'écoulait parfois au périnée quand l'animal faisait de violents efforts. Cette miction périnéale s'était même, dans plusieurs cas, prolongé quelques jours. Cependant, le chien sacrifié Hagler constatait que la suture n'avait manqué qu'en un point très limité, qu'elle avait été excellente partout ailleurs, et ne s'y manifestait que par une cicatrice extrêmement fine. Une seule nécropsie nous prouve jusqu'ici que la suture de l'urètre n'est pas un mythe ; c'est celle que fit Heusner d'un rétréci opéré par lui 2 ans 1½ auparavant, il ne trouva qu'une cicatrice linéaire très fine.

Il y a cependant eu des échecs ; une cause importante nous semble devoir être rapportée au manque d'asepsie des voies urinaires de l'opéré. Avant de tenter la cure radicale du rétréci, on devrait s'attacher à guérir son urétrite, sa

cystite ; puis, si ces deux affections se déclarent pendant les suites opératoires, surtout quand la sonde à demeure ne protège plus la plaie, on devrait les combattre énergiquement.

Le nitrate d'argent en solution au 500° ou au 1.000° sera surtout employé à cet usage.

Dans le cas d'infection ancienne de la vessie qu'on n'a pu réussir à guérir avant l'intervention Heusner, pour éviter la souillure de la plaie, va jusqu'à conseiller de dériver l'urine par une boutonnière périnéale, faite en amont de la suture urétrale, ou même par une ouverture hypogastrique au voisinage du col.

D'autres questions sont encore très discutées dans le manuel opératoire de la résection de l'urètre. Nous allons passer en revue celles qui nous paraissent les plus importantes au succès de l'opération. Parmi celles-ci il y a surtout la question de la sonde à demeure puis celle du procédé de suture à employer.

La sonde à demeure est à peu près admise par tous les chirurgiens. seuls quelques allemands y sont opposés, Konig Heusner, Kaufmann. On peut reprocher à la sonde à demeure d'irriter la muqueuse et de la disposer plus facilement à l'infection si l'urine du malade n'est pas intacte. L'urine en effet n'est pas sans filtrer en petite quantité entre la sonde et le canal. Cette urétrite infectieuse, si elle se produit, peut compromettre la suture. Mais, d'autres part, si on s'abstient de sonde à demeure la plaie récente va se trouver immédiatement en contact avec l'urine, et les chances d'infection seront encore plus grandes. Nous pensons donc qu'il faut user de la sonde à demeure mais l'enlever dès

qu'il sera possible, vers le cinquième jour au plus tard.

Le manuel opératoire de la suture a provoqué aussi des discussions nombreuses. La suture doit-elle être sous muqueuse ou bien doit comprendre toute l'épaisseur de la paroi urétrale. Disons tout d'abord que le succès est possible dans un cas comme dans l'autre. La suture sous muqueuse expose moins à l'infection des fils si l'urine est septique. Mais elle a l'inconvénient d'être un peu plus difficile à exécuter. On fait généralement cette suture avec cinq à six points. Mollière n'en faisait que trois, la plupart des autres chirurgiens en font six, trois pour la partie supérieure et trois pour la partie inférieure. La substance à employer nous paraît devoir être la catgut chromiqué, la soie en s'éliminant peut amener des trajets fistuleux comme dans le cas d'Hagler.

Nous avons fini avec le manuel opératoire de l'urétréctomie. On pourrait encore se demander à quelle époque il convient de fixer l'intervention. Dans les cas types justifiables de cette méthode on devra attaquer le rétrécissement dès qu'il sera formé sans s'attarder aux autres procédés. Nous avons montré qu'ils ne donnaient que des résultats illusoires, ajoutons que pendant qu'on s'y attarde, les voies génito urinaires s'infectent, la lésion cicatricielle gagne, la périnée se fistulise, il s'y forme des callosités nouvelles, autant de complications qui rendront l'opération plus difficile. Ce ne serait guère que dans le cas douteux ou bien dans ceux où il urétréctomie est contre-indiquée qu'on pourra essayer de la dilatation.

Le malade est maintenant guéri de son opération, il urine facilement. Nous supposons que la plaie urétrale et la

plaie périnéale sont cicatrisées doit-on faire le cathétérisme ? De cette réponse dépend en grande partie la valeur de l'uréthrectomie. Si la dilatation est nécessaire, cette opération n'aura qu'une faible supériorité sur les autres méthodes. Si la dilatation n'est pas nécessaire, l'uréthrectomie pourra à bon droit être considérée comme une cure radicale. Nous avons déjà dit que tout le tissu pathologique a été enlevé, qu'un bout d'urètre sain a été réuni à un autre bout également sain, par première intention, c'est donc déjà dire que canal ainsi obtenu ne diffère plus d'un canal normal.

Nous avons cité des faits nécropsiques à l'appui. En théorie donc il ne faut pas faire de dilatation. Mais nous avons mieux que ces vues de l'esprit pour confirmer notre dire. Nous avons des faits déjà nombreux. Le cas de M. Heurtaux est particulièrement probant (voir observation). Le malade opéré le 15 janvier est guéri vers le commencement de février. Depuis le cathétérisme n'est fait que trois fois, à chaque exploration on passe d'emblée un n° 45. Béniqué, sans éprouver la moindre difficulté, rien ne vient faire reconnaître où à porté l'excision. Nous revoyons nous-mêmes le malade en juillet 1892, son état n'a pas changé. L'opéré de Mayo Robson reste six mois sans se sonder ; au bout de ce temps on lui passe un n° 13 (filière anglaise). L'opéré d'Heusner, a conservé son calibre normal au bout d'un an, il n'a jamais été sondé, un résultat semblable a été obtenu dans les cas de Locquin, de Joüon, de Guyon, etc.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (de Kœnig-Stricker)

(*Ueber traumatische stricturen und Derem Behandlung, Zeitschrift, für chirurgie, 1882*).

J.-J. H., âgé de 40 ans, vigneron, entré à la clinique chirurgicale le 30 juin 1880. Le patient est tombé il y a 8 mois, sur le bord coupant d'un tonneau, immédiatement après il éprouva beaucoup de difficulté à uriner, aussi fut on obligé de le sonder. Le cathétérisme réussit aisément et permit d'évacuer tout d'abord un mélange de sang et d'urine. Après l'accident, on continua à passer des sondes régulièrement, mais une inondation étant survenue empêche le médecin de visiter son malade pendant un temps assez long ; lorsqu'il put le revoir il était impossible d'introduire une sonde. Aujourd'hui, le patient ne peut uriner qu'avec un jet très faible et une grande difficulté. Par la palpation, on sent dans l'épaisseur du périnée, un noyau cicatriciel dur que la sonde ne peut franchir. Quelques jours après, un cathéter introduit dans le canal pénètre dans une cavité située derrière le point rétréci mais ne peut aller plus loin. Au commencement de juillet, incision du périnée sans conducteur, l'incision doit être assez profonde pour arriver jusqu'à l'urètre que l'on trouve coudé latéralement derrière la portion entourée de tissu cicatriciel et rétrécie. Le reste du canal est tout à fait normal.

Hémorrhagie assez abondante. Après division et excision de la portion cicatricielle, on introduit dans l'urètre une très grosse sonde. Pendant la nuit forte hémorrhagie. Ultérieurement on réussit aisément à introduire une sonde dans la vessie,

à la fin de juillet, le patient est renvoyé complètement guéri, à la fin de mai 1881 il m'informe que sa miction se fait aussi facilement qu'autrefois et que sa santé est excellente.

OBSERVATION II (Thèse de Parizot)

Rétrécissement blémorrhagique, par D. Mollière

Sch. Victor, 53 ans, entre le 30 janvier 1884.

Il a eu cinq ou six blénorrhagies :

La 1^{re} à 20 ans, dura une année ;

La dernière il y a 20 ans, toutes durèrent au moins 6 mois.

Depuis 12 ans, difficulté à uriner.

Cinq abcès urinaires ont nécessité des interventions, le dernier en octobre 1883, depuis, fistule périnéale.

Le 15 janvier, miction presque impossible ;

Le 30, il entre à l'hôpital.

Fistule périnéale reposant sur une tumeur dure, grosse comme un œuf.

Cathétérisme impossible.

Opération le 1^{er} février, incision sur un cathéter, la tumeur calleuse est disséquée puis enlevée et avec elle 1 centim. 1/2 de l'urètre.

On réunit les deux bouts du canal avec 3 fils sur une sonde à demeure.

Suture du périnée, petit drain.

21 Mars. Le malade urine sans sonde depuis 8 jours, le périnée est complètement cicatrisé.

OBSERVATION III

Rétrécissement traumatique, par D. Mollère (Thèse de Parizot. — Résumée).

Séon Jean, 55 ans, entre le 7 novembre 1883, dans le service de M. Mollière, salle Saint-Louis ;

N'a jamais eu de blémorrhagies.

Le 21 mai 1883 il a reçu un violent coup de pied au périnée, violente douleur, miction impossible.

Le cathétérisme essayé réussit et fut continué un mois, au bout de ce temps on le cesse, la miction restant cependant difficile.

Le 5 novembre, vives douleurs au périnée, il s'y développe une tumeur fluctuante qui occupe bientôt toute la région ano-scrotale.

Le 8 novembre on l'incise, liquide urineux et pus.

L'urine passe en grande partie par la fistule.

Opération le 9 novembre, incision des bourses à l'anus, on découvre ainsi une tumeur grosse comme un œuf, à bords nets. On la résèque avec 3 centim. de canal. On glisse une sonde par le méat puis dans le bout postérieur.

On rapproche facilement les bouts de l'urètre et on les unit par trois points de suture avec des fils métalliques.

Les bords de la plaie périnéale sont affrontés et suturés avec des fils métalliques.

Un drain est placé dans la plaie.

Une première sonde à demeure est laissée 7 jours.

Une seconde 4 jours.

Une troisième 4 autres jours.

Enfin on l'enlève définitivement le 48^e jour on fait le cathétérisme pour chaque miction.

On laisse aussi une sonde à demeure la nuit, pendant une semaine.

La plus grande partie de la plaie périnéale est réunie par première intention.

Le 25 février le malade sort complètement guéri.

La guérison se maintient, mai 1884.

Le calibre de l'urètre est normal.

OBSERVATION IV

Rétrécissement blémorrhagique. — D. Mollière. — (Thèse de Parizot).

Gauthier marius, 41 ans, entre le 15 Décembre 1883.

Il a eu plusieurs blénnorrhagies. La première a 17 ans persista un mois, fut soigné par des injections. Depuis il en a eu plusieurs autres, une dizaine ; chaque fois des injections. Depuis 12 ans, la miction est très difficile ; jet petit en vrille.

Dilatation avec des bougies à plusieurs reprises. Au mois d'août se déclare une tuméfaction du périnée, grosse comme un œuf, c'était un abcès qui fut ouvert, puis une sonde à demeure fut introduite et laissée 5 semaines.

Il sort : miction plus facile mais suintement par une fistule.

Au bout d'un mois et demi nouvel abcès. Le malade rentre le 15 décembre ; la fistule est assez large ; laisse passer beaucoup d'urine, elle repose sur une masse dure grosse comme un œuf.

Opération le 28 décembre. Un cathéter est introduit dans le canal jusqu'au rétrécissement, une incision de 4 centim. commence aux bourses contourne à gauche et à droite la fistule ; on voit une masse blanchâtre grosse comme une petite orange — on l'enlève soigneusement tout entière.

L'urètre est aussi sectionné sur une longueur de 3 centim.

Les deux bouts sont facilement trouvés, rapprochés et

suturés avec trois fils métalliques. Une sonde en gomme avait été mise à demeure auparavant.

Réunion facile de la plaie périnéale ; 3 jours après on change la sonde, on la renouvelle ensuite tous les deux jours. Le 15 janvier, la plaie périnéale est réunie en partie, elle n'a manqué qu'à la partie déclive et dans un petit point de la portion moyenne. 30 janvier, la réunion s'achève, le malade cesse de se sonder.

25 février, plaie complètement cicatrisée, miction facile jet normal.

26 mars — Sortie du malade : même état.

OBSERVATION V

Rétrécissement traumatique. — D. Mollière.

X....., le 10 août 1884, fracture du pubis avec rupture de de l'urètre.

Le 27 octobre 1884, rétrécissement infranchissable.

Le 5 novembre 1884, résection du tissu cicatriciel. Suture urétrale avec des fils métalliques. Suture de la plaie périnéale. Petit drain. Sonde à demeure pendant 12 jours.

Petite fistule qui se cicatrise en 10 jours.

Cathérisme par le malade lui-même avec des sondes volumineuses.

23 janvier 1885 : calibre de l'urètre redevenu normal.

OBSERVATION VI

Rétrécissement traumatique. — Par D. Mollière. — (Thèse de Parizot). — Résumée.

T...., 35 ans, entre le 26 septembre 1883 à l'Hôtel-Dieu.

Le 8 mai, il a fait une chute de 2 mètres de hauteur à califourchon sur un brancard carré ; vives douleurs urétrorrhagie,

région périnéale tuméfiée, pas de plaie extérieure. Ne peut uriner que le deuxième jour.

Peu à peu difficulté à uriner, périnée tuméfié, vessie se vide mal.

On constate au périnée, près de la racine des bourses une induration arrondie de 3 cent. de diamètre, très dure.

Cathéterisme impossible.

Opération le 30 septembre.

Incision de 5 cent. sur la ligne médiane depuis la racine des bourses.

La tumeur siège aux confins de la région bulbeuse et membraneuse, ses bords son nettement séparés Hémorrhagie assez abondante : pincés et eau froide.

La tumeur enlevée l'urètre a subi une substance de deux cent. et demi.

Une sonde n° 18 est introduite par l'extrémité antérieure puis jusque dans la vessie.

Suture avec trois fils de catgut, rapprochement facile des deux bouts de l'urètre.

Réunion de la plaie du périnée par ses six fils métalliques. Pas de drain.

3 octobre. — Tous les fils ont résisté.

La sonde à demeuré est laissée 21 jours en permanence.

Le malade urine facilement.

Légère fistulette périnéale qui se ferma huit jours après.

Cathéterisme pratiqué toutes les semaines.

Sort guéri le 3 novembre.

Depuis se sonde tous les mois avec le numéro 16 charrière.

Le jet est actuellement (4 mai 1884) aussi gros qu'avant l'accident.

OBSERVATION VII

Rétrécissement traumatique de l'urètre traité par l'excision.
Mayo Robson. — (British medical journal march. 1885).

A. M..., âgé de 48 ans, jardinier, fut admis le 24 avril 1884, souffrant de symptômes très-marqués de rétrécissement avec rétention partielle d'urine, il ne pouvait pisser que goutte à goutte. Voici ce qu'il raconta : il avait été en parfaite santé jusqu'à il y a trois mois ; à cette époque, il tomba dans une fosse à charbon et son périnée porta violemment contre le couvercle en fer qui avait glissé et se trouvait placé de champ. Il se fit une forte contusion et urina du sang pendant quelques heures, mais il n'y eût pas de plaie extérieure.

Le jet d'urine se rétrécit graduellement, de telle sorte qu'il fut obligé de se faire passer des sondes par son médecin ; mais à la fin pas même une bougie pouvait pénétrer et c'est dans cet état qu'il fut admis à l'infirmérie.

Pendant quelques jours, après son admission, on essaya d'introduire des instruments de petit calibre souples ou durs, mais en vain. Le rétrécissement était situé au niveau de la jonction du scrotum et du périnée ; mais, comme les symptômes n'étaient pas urgents et que la vessie pouvait se débarrasser d'elle-même à peu près, il fut décidé d'attendre un peu plus avant de conclure que le rétrécissement était infranchissable, et le 29 avril Mayo Robson réussit à introduire une délicate bougie filiforme suivie d'une plus large, puis enfin, en une seule séance et dans l'espace de quelques minutes, des sondes de Lister du n° 10 au n° 14. Comme le malade supportait fort bien bien la dilatation, un n° 14 fut introduit chaque jour, et il put quitter l'infirmérie le 6 mai emportant une bôgie n° 12 pour se la passer chez lui chaque jour.

24 mai. — Il revient avec le rétrécissement ramené à son

état primitif, il était donc nécessaire de faire quelque chose de radical.

29 mai. — Le patient est éthérisé et placé dans la position de la taille périnéale ; le conducteur de Whechlouse est introduit jusqu'au point rétréci, le scrotum tendu et l'urètre incisé dans l'étendue d'un demi-pouce en arrière de lui. Le rétrécissement étant alors complètement mis à nu, on trouve qu'il consistait en un anneau cicatriciel, large d'environ $1/4$ de pouce et comprenant la membrane muqueuse, la sous-muqueuse et le tissu du bulbe. La totalité du tissu cicatriciel fut excisée, les extrémités sectionnées de la membrane muqueuse attirées l'une vers l'autre, au-dessus de la brèche ainsi formée et réunie par une suture continue au catgut ; un cathéter étant alors introduit dans la vessie, l'incision verticale faite sur l'urètre fut également réunie avec du catgut de façon à obtenir finalement un canal continu et parfaitement clos. Ces dernières sutures furent décidées au dernier moment et peut être pas nécessaires car elles cédèrent le second jour et l'urine s'échappa en partie pour très peu de temps d'ailleurs, par la plaie périnéale laquelle guérit par bourgeonnement comme dans l'opération ordinaire de la boutonnière.

Pendant les deux premiers jours après l'opération, la température atteignit $40^{\circ}1$ mais redevint ensuite normale.

24 juin. — Un mois après l'opération, M. Robson passa une sonde n° 13 et ne parvint pas à sentir aucun obstacle au siège de l'ancien rétrécissement.

22 juillet. — Voici le résultat de l'examen : périnée parfaitement guéri, miction facile ; le malade urine à plein calibre, la sonde n° 13 passe à travers un urètre d'apparence normale.

10 septembre. — Quatre mois après l'opération, le patient est toujours dans le même excellent état ; un cathéter n° 13 passe sans aucune sensation d'arrêt, bien que aucun instrument

n'ait été introduit dans l'urètre, excepté aux époques sus mentionnées. 6 mois après l'opération, nouvel examen, même résultat.

OBSERVATION VIII

Heusner (Berliner klinische wochenschrift, 30 mai 188 7

Il s'agit d'un patient âgé de 38 ans, Jahames Holzing qui me fut envoyé par mon collègue Honsberg de Duisburg. Deux ans auparavant, il était tombé à califourchon sur le bord d'une table d'où rupture de l'urètre avec hémorrhagie consécutive, formation d'abcès et rétrécissement cicatriciel.

Un an après l'accident, un chirurgien étranger très connu lui fit l'urétrotomie externe et comme le résultat n'eut aucune durée le soumit à plusieurs reprises à la dilatation forcée, il n'en resta pas moins un état très pénible et une tendance telle à la récurrence que le malade était obligé de se sonder plusieurs fois chaque jour et cela au milieu des douleurs les plus vives, aussi était-il résolu à se soumettre volontiers à n'importe quelle nouvelle opération qui put lui apporter du soulagement.

A la palpation du périnée, nous trouvons une formation cicatricielle étendue, derrière l'arcade pubienne on sent l'urètre sous forme d'un bourrelet bosselé et immobile.

Opération le 4^{er} juin. — Tout d'abord la portion rétrécie qui est nettement séparée en avant et en arrière du tissu sain est divisée dans toute son étendue, puis la partie malade qui comprend le bulbe et une portion de l'urètre membraneux est excisée au moyen de deux incisions transversales sur une longueur de deux centimètres. On dut pour cela la disséquer avec quelque peine de l'arcade pubienne à laquelle elle était unie par une masse cicatricielle. Il en résulta une hémorrhagie assez abondante pro-

venant des plexus veineux périphériques, les deux bouts de l'urètre sectionné saignaient très modérément.

La portion excisée avait des parois d'une dureté cicatricielle et elle était recouverte à sa surface interne par des granulations verruqueuses blanches et fermes. L'extirpation une fois terminée, les deux bouts de l'urètre se trouvèrent distants l'un de l'autre de 3 centimètres environ. Le bout postérieur ne se laissait que très peu attirer en avant, le bout antérieur tout-à-fait immobilisé fut séparé à l'aide de ciseaux dans l'étendue de 1 centimètre $1\frac{1}{2}$ de l'arcade pubienne et des corps caverneux, après quoi on put l'attirer avec une pince jusqu'au contact du bout postérieur. Réunion de ces deux extrémités urétrales avec cinq sutures au catgut, fermeture et drainage de la plaie périnéale, introduction d'un cathéter à demeure qui resta en place jusqu'au 13 juin.

La guérison de la plaie extérieure se fit en grande partie par première intention mais la réunion des bouts urétraux ne se fit pas dans toute l'étendue de la circonférence car 5 jours après l'opération une partie de l'urine s'écoula le long du cathéter par le passage du drain ; la cause probable de ce défaut partiel de réunion est le séjour de la sonde à demeure aussi dans le prochain cas que j'aurai à opérer je suis décidé suivant le conseil de Kœnig, à laisser complètement de côté l'emploi de la sonde à demeure et dans le cas où la vessie serait infectée à dériver l'urine au dehors par une ouverture faite au voisinage du col de la vessie.

D'ailleurs la guérison survint assez promptement et le 5 juillet le malade put quitter l'hôpital avec seulement une très petite fistule au périnée et après d'ailleurs que l'on eut constaté que son canal pouvait admettre sans difficulté les plus gros cathéters. On s'abstint à dessein de lui faire ultérieurement la dilatation comme cela est nécessaire après l'urétrotomie externe.

Environ un an après l'opération je pus examiner le patient et constater la durée du résultat favorable. De plus tout dernièrement à une lettre que je lui écrivis pour obtenir de ses nouvelles, il me répondit au milieu de vifs remerciements que « à cette date, 5 août 1886, il jouissait d'une excellente santé, qu'il ne lui était survenu aucun trouble de la miction sans que cependant il ait continué l'usage de la sonde.

OBSERVATION IX

Prof. Dr Ed. V. Wahl. — Saint-Péterburger medicimische Wochenschrift, 25 novembre 1889.

Anton Zerzit, âgé de 16 ans, de Wolmar, est reçu le 16 août 1889 à la clinique chirurgicale.

Le patient raconte que le 6 juin précédent, il est tombé à cheval sur le bord coupant d'une table, après quoi il pissa du sang et ne put uriner. Un médecin appelé réussit à introduire un cathéter et à évacuer l'urine, il n'en survint pas moins rapidement une infiltration d'urine dans le périnée suivie de la formation d'une fistule; peu à peu cette fistule après la disparition des phénomènes inflammatoires, donna issue à toute l'urine.

Une tentative de fermeture de la fistule par arrivement de ses bords échoua, et on conseilla au malade de se faire recevoir à la clinique chirurgicale.

Etat actuel. Le patient est de petite taille, de constitution moyenne, à gauche du raphé périnéal, de la racine des bourses à environ 2 centimètres 1/2 de l'anus, s'étend suivant une direction légèrement oblique, une cicatrice longue de 3 centimètres, large en haut de deux centimètres, en bas s'enfonçant sous forme d'entonnoir; cette cicatrice est limitée à gauche par

une saillie irrégulière de la peau. Le patient urine goutte à goutte et avec difficulté, exclusivement par l'enfoncement cicatriciel du périnée ci-dessus mentionné, le méat urétral reste sec. Quand on introduit une sonde, on constate que la portion périphérique de l'urètre, terminée en cul de sac au niveau supérieur de la cicatrice, est complètement oblitérée.

L'ouverture de la portion centrale se trouve à 2 centimètres plus profondément au fond de la dépression cicatricielle en entonnoir, mais elle est tellement rétrécie par la masse du tissu cicatriciel qui l'entoure, qu'on ne peut y introduire qu'un explorateur très fin. La réaction de l'urine est acide, il n'y a pas d'albumine, on y trouve seulement un petit nombre de corpuscules de mucus.

Diagnostic. Rupture complète ds l'urètre et écartement des deux extrémités, oblitération du bout périphérique, rétrécissement cicatriciel du bout central.

Opération le 3 septembre 1889. Sur un conducteur de Syme on ouvre d'abord le bout périphérique de l'urètre, puis l'extrémité de la sonde est conduite par dessus le callus cicatriciel, dans le bout central lequel est également incisé dans l'étendue d'un centimètre. On constate alors que le callus cicatriciel comprend sous forme d'un anneau assez régulier, la portion membraneuse de l'urètre, mais par en haut s'étend sous formes de prolongement irrégulier sur la paroi inférieure des corps caverneux, abstraction faite des parties métamorphosées en tissu cicatriciel, les bouts normaux de l'urètre sont éloignés de 3 centimètres 1/2 l'un de l'autre, le bulbe complètement détruit. On commence par séparer transversalement en bas le callus cicatriciel ; en avant, on sépare du tissu sain toute la gouttière cicatricielle. Etant donné, l'étendue irrégulière de ce tissu, il en résulte qu'on peut à peine éviter un avivement oblique du bout périphérique.

Les deux extrémités urétrales sont alors autant qu'il est possibles isolées des parties environnantes, mobilisées puis réunies sur une sonde de Nélaton n° 18, avec de très fins points de suture sous-muqueux. Par suite de l'avivement oblique du bout périphérique on ne réussit pas, malgré une assez forte traction, à fermer complètement la paroi inférieure de l'urètre et en dépit de quelques autres points de suture, placés suivant une direction longitudinale, il persiste un petit orifice triangulaire de 3 m/m de côté. Les parties molles sont ensuite suturées au catgut par deux étages de points de suture, et appliquées ainsi à la surface de l'urètre dont elle comble la perte de substance, puis la plaie est exactement fermée par des sutures à la soie. La sonde de Nélaton reste à demeure et est maintenue au prépuce par un point de suture. Sur les suites opératoires, il y a peu à dire : la plaie du périnée reste absolument sèche, le 10 septembre les sutures furent enlevées, la plus grande partie de la plaie est réunie par la première intention, il y a seulement un peu de désunion superficielle au niveau de l'angle supérieur.

Comme je craignais qu'une fistule ne se formât en ce point, je laissai la sonde à demeure, que le malade d'ailleurs supportait très bien pendant 19 jours jusqu'à la guérison complète de la petite plaie. Après son enlèvement, le malade put sans peine uriner par les voies naturelles. Pour assurer le résultat, un béniqué n° 16 est passé chaque jour. Comme la miction se fait bien et que aucun rétrécissement ne survient, le patient peut partir le 15 octobre guéri.

OBSERVATION X

Rétrécissement traumatique (Zeitschrift für chirurgie, 1889, Hœgler), professeur Socin.

J. P..., 44 ans, fait, en octobre 1885, une chute à califourchon pour laquelle on pratique l'uretrotomie externe.

Le 11 janvier 1887, il entre dans le service du professeur Socin.

Le périnée présente une cicatrice allant de la racine des bourses à l'anus, avec une petite fistule laissant passer quelques gouttes d'urine pendant la miction.

On parvient très difficilement à introduire une sonde dans la vessie (n° 10, Charrière).

Opération le 25 janvier 1887. Incision périnéale. Excision de la fistule ; on enlève le tissu cicatriciel et la partie de l'urètre rétréci. On dégage et l'on mobilise les deux bouts qui sont distants de 3 cent. l'un de l'autre ; on les rapproche.

Urétrorrhaphie. — Six sutures à la soie fine, comprenant la muqueuse et le reste du tissu de l'urètre, réunissent les deux bouts de l'urètre ; excepté un seul, les fils sont noués dans la lumière du canal. Sonde de Nélaton à demeure. Suture de la plaie périnéale avec du catgut. Un drain.

Toutes les deux heures, on doit vider la vessie ; lavage de celle-ci deux fois par jour.

Pas de fièvre. Le 1^{er} février, on enlève la sonde qui a provoqué une urétrite purulente. Plaie périnéale réunie par première intention, sauf une petite fistule d'où s'échappe un tout petit jet pendant la miction. Le jet d'urine qui sort par le méat est vigoureux et de grosseur ordinaire.

11 février. Un fil de soie sort par la fistule ; celle-ci, pendant la miction, ne laisse plus passer que quelques gouttes d'urine.

13 février. — Toute l'urine sort par le méat. Une bougie n° 18, Charrière, arrive facilement dans la vessie sans rencontrer d'obstacle.

21 février. — Excit. Pas de fistule, ni de rétrécissement.

21 avril. — Le malade revient à l'hôpital. La fistule périnéale s'est ouverte de nouveau pour livrer passage à deux fils

de soie, mais elle n'a pas donné issue à l'urine depuis la sortie du malade.

2 avril 1888. Un quatrième fil de soie sort par la fistule. Dans les autres parties, le bon état constaté le 21 avril 1887 persiste.

OBSERVATION XI, par Joüon.

(*Société de chirurgie. — Juin 1892*).

Théophile L..., 67 ans, maçon à Pornic, tombe à califourchon sur un chaîne de fer, le 7 août 1891. — Rétention d'urine. — Le médecin réussit à le sonder et pendant onze jours, la miction se fait spontanément. Mais une dysurie croissante se déclare et, en septembre, un abcès périnéal s'ouvre au périnée, laissant échapper de l'urine. Peu à peu l'orifice se resserre et se transforme en un pertuis étroit d'où l'urine sort à tout effort de miction, en même temps qu'il en sort une quantité presque égale par le méat. Le 29 novembre, il entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Nous constatons sur le périnée à 2 centim. à droite du raphé et à mi-distance de l'anus au scrotum, un point rosé par lequel sort presque constamment un peu d'urine. Parfois, nous dit le malade, toute l'urine sort par la fistule; d'autres fois il peut encore être expulsé par le méat un très petit jet filiforme ou tout au moins quelques gouttes.

Un stylet fin s'engage dans la fistule et parcourt 5 millimètres obliquement en avant et en dedans, mais ne peut pénétrer plus loin. On prend entre les doigts une masse calleuse assez mobile qui s'étend de l'orifice fistuleux à l'urètre et mesure 15 à 16 millimètres en tout sens. — A 12 ou 13 centim. du méat, les sondes et les explorateurs de toutes formes et de toutes dimensions viennent butter contre un obstacle infranchissable. — A plusieurs reprises, ces tentatives sont renouvelées les jours sui-

vants, mais sans succès. — Le malade étant d'ailleurs dans de bonnes conditions de santé générale et l'urine recueillie au néat ne montrant qu'un degré modéré de catarrhe, nous décidons de pratiquer l'urétréctomie et l'urétrorraphie.

4 nov. — Bain de sublime. — Lavement purgatif.

5 nov. — Au réveil, autre lavement purgatif, éthérisation après injection de 1 centigramme de morphine. Préparation scrupuleusement antiseptique du périnée, du scrotum et de l'urètre.

Position de la taille. Une sonde mousse urétrale indiquant le siège du rétrécissement, une incision médiane de 6 centim. part de 2 centim. au dessus de lui pour aboutir en avant de l'anus.

Le bulbe étant découvert, on le dégage à droite et à gauche de qu'une tension de la verge sur la sonde rend assez facile. La masse calleuse est sectionnée de son adhérence à l'urètre et rejetée dans la lèvre droite de la plaie. Peu d'hémorrhagie.

Section transversales de l'urètre en avant du rétrécissement. — A un bon centimètre en arrière, deuxième section jusqu'aux corps caverneux et extirpation du morceau coupé.

Je dissèque et j'enlève alors la masse calleuse y compris son orifice cutané.

Les deux bouts de l'urètre, faciles à voir dans la plaie sont rapprochés sans traction sensible. Avec une aiguille de Réverdin je passe quatre fils de catgut très fins à travers toute l'épaisseur des parois urétrales, dans le demi-cercle supérieur du canal, les nœuds sont dans le canal.

Une sonde n° 16, en caoutchouc rouge, parfaitement aseptique, est passée du méat dans la plaie et elle est introduite aisément dans le boit postérieur. Cinq points de catgut, nœuds en dehors, ferment le demi-cercle inférieur du canal.

L'écoulement sanguin assez abondant qui provient des pi-

qûres de l'aiguille, s'arrête par une irrigation chaude. Les fascias sous-cutanés sont réunis transversalement par 4 points de suture et quelques autres points sont placés latéralement en étages pour combler les rigoles para-uréthrales.

Six points ferment la plaie cutanée médiane et trois la plaie résultant de l'extirpation de l'orifice fistuleux.

Avec un crin de Florence transfixant les deux lèvres du méat et la sonde, celle-ci est complètement immobilisée. — Lavage de la vessie avec eau boriquée, puis avec nitrate d'argent au 1/000.

La pièce enlevée mesure en haut 10 millim., en bas 18 millim. Elle présente en avant la section de l'urètre qui se termine en cul-de-sac sur le rétrécissement que je ne puis enfler avec le stylet le plus fin.

Il me semble que tout soit transformé en un bloc cicatriciel. En arrière je ne puis trouver trace de canal ; la section postérieure coïncidait exactement avec la fin du rétrécissement, qui mesurait 7 millim.

6 Décembre. — Le malade a ôté le fosset toutes les trois heures. Lavage au nitrate d'argent. Pas de fièvre.

7 Décembre. — Pas de lavage. Etat général excellent.

8 Décembre. — Urines troubles. Lavage.

9 Décembre. — Deux garde-robes. Pas de lavage.

10 Décembre. — Deux garde-robes. Urines claires.

11 Décembre. — J'enlève la sonde. Au meat se trouve une toute petite gouttelette muco-purulente et dans l'œil de la sonde il y a quelques mucosités claires. On peut attribuer l'intégrité parfaite du canal après 6 jours de contact avec une sonde à l'asepsie rigoureuse. Dans la journée le malade urine seul 3 fois sans difficultés,

12 Décembre. — Le pansement est enlevé. Tout est réuni sauf une ligne rosée d'un cent. au milieu de la plaie. D'ailleurs

pas une goutte de pus ni trace d'urine au périnée. Pansement iodoformé.

14 Décembre. — En urinant il sort un bloc de nœuds de catgut.

17 Décembre. — Périnée absolument sec. Le malade se trouve complètement guéri. Le jet d'urine est normal et libre. Exeat.

15 janvier. — Guérison parfaite. Emission d'urine aussi large, aussi puissante qu'avant l'accident.

Juillet. — Malade revu. Même état satisfaisant.

OBSERVATION XII

Heurtaux, Vignard

Le nommé B..., âgé de 41 ans, boulanger, entre le 12 décembre à l'Hôtel-Dieu, de Nantes, dans le service de M. le professeur Heurtaux. Ce malade nous raconte que le 10 décembre dernier, c'est-à-dire il y a deux jours, il a fait une chute à califourchon sur son pètrin, vers 9 heures du soir ; il ressentit alors une vive douleur au périnée, puis ne tarda pas à perdre du sang par son canal en assez grande abondance, cette hémorrhagie se prolongea toute la nuit, la miction essayée à plusieurs reprises fut impossible jusqu'au lendemain matin sept heures, c'est-à-dire douze heures après l'accident ; elle fut fortement pénible et l'uréthrorrhagie continuait toujours par un léger suintement. Le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, à quatre heures du soir, nous le voyons pour la première fois, à ce moment la miction est relativement facile, l'hémorrhagie uréthrale presque insignifiante, il n'existe pas de tumeur périnéale appréciable.

Le lendemain matin, l'hémorrhagie n'existe plus, la périnée ne porte aucune tumeur. M. Heurtaux croit prudent de n'intervenir en aucune façon mais se promet de surveiller le malade.

Pendant les quine jours qui suivirent rien d'extraordinaire à noter dans l'état de notre malade qui continue à uriner facilement. M. Heurtaux est persuadé cependant qu'il y a eu rupture de l'urèthre et qu'un rétrécissement est fatal. Le 25 décembre, l'urèthre est très prudemment exploré avec un cathéter aseptique. On peut passer un n° 40. On continue l'expectation.

Quinze jours plus tard, le 10 janvier, le malade se plaignant de ne plus uriner aussi facilement, M. Heurtaux tente de nouveau le cathétérisme, cette fois il fut tout à fait impossible de passer la plus petite sonde, en palpant attentivement le périnée, on trouvait sur le trajet du canal à la région du bulbe une tuméfaction dure mais peu étendue, le reste du périnée demeurait souple et ne révélait aucune fistule.

Il s'agissait donc d'un rétrécissement à marche très rapide. M. Heurtaux discuta alors de suite avec M. le docteur Vignard quel mode d'intervention allait être adopté dans le cas actuel, tous deux furent d'avis que la dilatation à supposer qu'elle fut possible ne donnerait pas de grands résultats dans un rétrécissement qui paraissait aussi rétractile, ils renoncèrent également à faire l'uréthrotomie interne ou externe.

D'autre part comme le rétrécissement avait été précoce, qu'il était très serré et en même temps très limité, le palper en effet ne lui assignait pas une étendue de plus de un cent. 1/2 et qu'enfin le reste du canal paraissait absolument sain. On pensa que l'opération la plus rationnelle serait de faire la résection du callus et de la faire suivre d'une suture des deux bouts du canal.

L'opération fut faite le 15 janvier par M. Heurtaux et M. le docteur Vignard qui voulut bien l'assister. Le malade est chlo-

roformisé, et mis dans la position de la taille périnéale. On le lave avec soin, le scrotum relevé et tendu, une incision de six à 7 cent. est faite sur la ligne médiane du périnée depuis la racine des bourses. Après la section des parties molles on tombe sur le siège du rétrécissement. On retire le cathéter qu'on avait introduit dans l'urètre antérieur comme conducteur, sa présence étant tout à fait inutile. On isole aisément le nodus calleux sur sa face inférieure d'abord puis sur ses côtés on put constater qu'il siégeait au niveau du bulbe et qu'il englobait toute la circonférence du canal, deux fils de catgut chromiqués furent passés de chaque côté et un peu en avant, puis les anses étant momentanément écartées il fut procédé à l'excision totale du nodus cicatriciel au moyen de ciseaux la solution de continuité était complète. Le nodus cicatriciel enlevé avait la forme d'un anneau qui entourait complètement l'urèthre mais il était beaucoup plus épais à la face inférieure où il mesurait environ un centim., il allait en s'atténuant sur les côtés et présentait son minimum d'épaisseur à la face supérieure. Les deux bouts urétraux maintenus par les fils de catgut étaient peu écartés, il fut facile de les mettre en contact intime après avoir passé une sonde de caoutchouc rouge dans le canal, puis la suture fut terminée par trois autres catguts. Tous ces fils avaient été passés dans la gaine spongieuse et le tissu sous-muqueux mais sans pénétrer dans la lumière du canal. On rapprocha ensuite les parties molles avec d'autres fils de catgut, la peau fut suturée à part au crin de florence.

On ne fit pas de drainage.

L'hémorrhagie avait été peu abondante pendant l'opération, et n'avait pas gêné l'opérateur. La sonde à demeure fut laissée jusqu'au 6^e jour. A partir de ce moment, le malade put uriner seul, sans difficulté.

Pendant une dizaine de jours, un peu d'urine continua à

suinter, pendant la miction par la plaie périnéale, mais le 15^e jour, celle-ci était complètement réunie.

Depuis l'opération, le malade n'a présenté aucun trouble de la miction, bien qu'à dessein, on ne lui ait jamais fait de dilatation du canal. On s'est contenté de lui passer, à 3 reprises différentes, des cathéters pour se rendre compte de l'état de son urètre ; chaque fois, on a passé d'emblée les plus forts numéros, 46 bénique.

En lui faisant ce cathéterisme, on n'éprouve aucune difficulté, aucun arrêt ne vient révéler le lieu où a porté la suture. Le dernier cathéterisme a été fait dans les premiers jours de juillet.

OBSERVATION XIII. — Professeur Socin. —

(*Mémoire d'Hægler, p. 292. — Rétrécissement mixte*).

P. S., 24 ans, tombe, pendant l'année 1878, à cheval sur le dossier d'une chaise.

Immédiatement : Gonflement du périnée, dysurie rétention, on essaie sans succès de le sonder : Urétrotomie externe. Au bout de 6 semaines, la fistule est presque fermée, mais rétrécissement très serré. Dilatation pendant 3 mois, ramène canal et miction à l'état normal. Etat assez satisfaisant jusqu'en 1887. Cette année, Blennorrhagie : rétrécissement, redevient très serré.

Entre le 30 juin 1888, à la Clinique, on ne peut passer que très difficilement du 7 charrière ; la gonorrhée persiste, du 1 au 17, on la traite.

Dilatation sans résultat jusqu'en février. Le 49 février, opération par Socin.

Incision de 8 centim. au périnée. Incision de 3 centim. sur l'urètre.

Le rétrécissement est à peu près annulaire. Résection totale de la portion d'urètre rétrécie sur une longueur de 1 centim. Urétrorrhaphie. 3 fils de catgut pour la moitié supérieure. 4 fils de soie pour la moitié inférieure. Sonde à demeure de Nélaton.

Suture para utriculaire à la soie. Plaie cutanée laissée ouverte. Sonde enlevée le 2 mars ; 9 mars, miction spontanée.

A partir du 10, on introduit des bougies jusqu'au 27^e charrière, qui passe facilement.

Miction facile, jet puissant. Amélioration maintenue.

CONCLUSIONS

Parmi les méthodes thérapeutiques des Rétrécissements urétraux la résection doit occuper une place importante.

Toutes les autres méthodes ne peuvent être de l'avis de tous les chirurgiens, considérées que comme palliatives.

Au contraire la résection d'un rétrécissement limité du canal suivie de la réunion par première intention des deux bouts urétraux peut à bon droit être envisagée comme un mode de traitement radical.

Cette guérison radicale a été prouvée d'une façon positive par un nombre déjà respectable de résultats éloignés. La résection est loin d'ailleurs d'être applicable à tous les rétrécissements :

1° Elle est contre indiquée dans les rétrécissements facilement dilatables pour lesquels une *dilatation aseptique à intervalles éloignés* reste encore la méthode de choix.

2° Elle est formellement indiquée dans les cas de rétrécissements limités, indilatables ou difficilement dilatables ce qui est le fait de la grande majorité des rétrécissements traumatiques.

Dans ces cas la résection doit être suivie de la suture des deux bouts urétraux.

Elle est encore indiquée dans les rétrécissements très étendus et indilatables.

Dans ce dernier cas la résection est nécessaire mais comme elle ne peut être suivie de la suture des deux bouts de l'urètre, celui-ci se répare par bourgeonnements. la

résection ne peut alors être considérée comme une méthode radicale. Dans le premier cas au contraire la suture est possible, la réunion par première intention sur une grande partie de l'étendue du canal est prouvée par des faits nombreux.

3° Elle sera également indiquée quand dans un canal à rétrécissements multiples, l'un de ces rétrécissements devient indilatable et est nettement isolé des autres.

L'uréthrectomie devra le plus souvent comprendre tout le pourtour du canal rétréci surtout dans les rétrécissements traumatiques qui ont la plus grande tendance à former de vrais anneaux cicatriciels. Ce n'est que dans les cas où la suture ne devra pas suivre la résection que celle-ci aura quelque avantage à être partielle.

La suture urétrale qui ne comprend pas la muqueuse expose moins à l'infection de la plaie.

Le catgut qui se résorbe au milieu des tissus sera préféré à la soie pour faire cette suture le nombre de fils employés variera de 4 à 6.

La sonde à demeure malgré quelques inconvénients paraît indispensable au succès de la réunion par première intention.

La dilatation ne sera pas nécessaire après la suture, si celle-ci s'est faite sans complications, on se bornera à une exploration répétée tous les deux ou trois mois.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- J. Roux.* — Gaz. Hôpitaux, 1859.
- Bourguet.* — Acad. médecine, 1866.
- Dittel.* — Die stricturen des Harnrohre. Deutsche chirurgie Lieferg 49, 1880.
- König.* — Lehrbuch der specialen chirurgie, 1881.
- Stricker.* — Ueber traumatische stricturen und Derem Behandlung für chirurgie, 1882.
- Heusner.* — Ueber Resection der uretra bei stricturen Deutsche méd. Wochenschrift, 1883.
- Molliere.* — Traitement des Rétrécissements cicatriciels de l'urètre compliqués de fistules. Lyon médical, 1883.
- Parizot.* — De l'excision des Retrecissements cicatriciels de l'urètré suivie de la réunion immédiate. Thèse de Lyon, 1884.
- Podres.* — Zur frage der operationen methoden calloser stricturen St-Pétersbourg méd. Wochenschrift, 1884.
- Moyo Robson.* — Traumatie uretral stricture cured by excisions. British. méd. journ., 1885.
- Kauffmann.* — Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnrohre. Deutsche chirurgie Lieferg, 1885.
- Heusner.* — Ueber resection des uretra bei stricturen. Berliner Klin. Wochens., 1887.
- Sheild.* — Lancet, 1888.
- Hægler.* — Zur Behandlung der Harnrohrenverletzungen und ihren Folgen-Zeitschrift für chirurgie 1889.
- Cacciopoli.* — Urétréctomie totale pour Rétrécissements. Gl'Incurabili anno V. 1890.

Duranton. — Thèse de Montpellier, 1890.

Gaujon. — Thèse de Montpellier, 1891.

Guyon et Albarran. — Annales des organes Genito Urinaires,
mai 1892.

Joüon. — Société de Chirurgie, juin 1892.

Vignard. — Archives provinciales de Chirurgie, Juillet 1892.

Vu : le Président de la thèse,
FARABEUF.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — Thérapeutique comparée des rétrécissements de l'urètre.....	9
CHAPITRE II. — Historique de la résection.....	12
CHAPITRE III. — Indications de la résection.....	15
CHAPITRE IV. — Manuel opératoire.....	25
CHAPITRE V. — Discussion du manuel opératoire.....	29
CHAPITRE VI. — Conclusions.....	58

